

Herniorrafia inguinal: anestesia local ou regional?

Martin Zavadinack Netto*, Orlando Ribeiro Prado Filho, César Orlando Peralta
Bandeira, Kelston Paulo Felice de Sales e Tatiana Akemi Camiloti

Departamento de Medicina, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá-Paraná, Brazil.

*Author for correspondence.

RESUMO. A herniorrafia inguinal é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo. Devido a isso tem-se procurado otimizar o procedimento, diminuindo custos, tempo de internamento e complicações decorrentes do ato operatório e da anestesia. Neste trabalho, fizemos uma análise comparativa entre anestesia regional e anestesia local na herniorrafia de 32 pacientes divididos em dois grupos. No grupo 1, foi utilizada anestesia regional e, no grupo 2, anestesia local. Em relação ao desconforto transoperatório, o método de anestesia regional se mostrou mais efetivo. Já em relação a incidência de complicações pós-operatórias e diminuição do tempo de internamento, a anestesia local se mostrou mais eficiente.

Palavras-chave: herniorrafia inguinal, anestesia local, anestesia regional, dor.

ABSTRACT. Inguinal herniorrhaphy: local or regional anesthesia? Inguinal herniorrhaphy is one of the most frequent surgical procedures around the world. Therefore its optimization has been tried to reduce expenses, hospitalization time and complications resulting from surgical and anesthetic procedures. This experiment compared regional and local anesthesia in herniorrhaphy of 32 patients divided into two groups. Regional anesthesia was applied to group one patients and local anesthesia was applied to group two patients. Regional anesthesia showed to be more effective in terms of trans-surgical discomfort while local anesthesia showed to be more efficient in reducing post-surgical complications and hospitalization time.

Key words: inguinal herniorrhaphy, local anesthesia, regional anesthesia, perin.

A hérnia inguinal tem na sua incidência um dos fatores da maior importância pois acomete aproximadamente 1,5% da população geral e 5% da população do sexo masculino (Morton, 1991).

A hérnia inguinal causa desconforto, limita as atividades e, quando complicada, coloca a vida do paciente em risco. O tratamento dessa doença baseia-se essencialmente na correção cirúrgica. A anestesia mais frequentemente utilizada nesse procedimento, em nosso meio, é a anestesia regional por bloqueio raquimedular. Embora o maior risco dessa técnica esteja nas possíveis complicações infecciosas e químicas da invasão do nobre espaço raquimedular, a retenção urinária é a complicação mais freqüente, com eventual necessidade da sondagem vesical que aumenta o risco de infecção nas vias urinárias e prolonga o tempo de internamento (Kozol *et al.*, 1992).

A anestesia local nessa operação tem sido utilizada como uma alternativa a fim de diminuir os

riscos de complicações anestésicas e propiciar maior conforto e comodidade ao paciente. Esta é a prática mais freqüente em centros de referência para o tratamento de hérnia inguinal nos Estados Unidos e no Canadá.

Em nosso meio, a anestesia local tem sido utilizada com resultados promissores, como baixo risco de complicações anestésicas, curto período de internamento, baixo custo e maior conforto ao paciente (Ferreira *et al.*, 1992; Silva, 1992; Henriques *et al.*, 1997).

Apesar das evidências dos benefícios na utilização da anestesia local na herniorrafia inguinal, o pequeno número de trabalhos nacionais sugere que esse tipo de anestesia ainda é muito pouco utilizada em nosso meio.

Embora muitos estudos tenham sido publicados a respeito das técnicas anestésicas utilizadas na herniorrafia inguinal, a literatura carece de pesquisas prospectivas comparando-as.

Material e métodos

Trinta e dois pacientes portadores de hérnia inguinal provenientes do Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), da Universidade Estadual de Maringá (UEM), foram encaminhados para realização de herniorrafia inguinal, no período de julho de 1997 até julho de 1998. Foram avaliados quanto à profissão, ao tipo de hérnia e às doenças prévias. Não houve critérios de exclusão. Na ausência de programa para cirurgia ambulatorial, todos os pacientes foram tratados em regime de internação.

No ato do internamento, os pacientes foram distribuídos por sorteio em dois grupos: *grupo 1*, com *anestesia regional*, e *grupo 2*, com *anestesia local*.

Todos os pacientes recebiam midazolam em dose de 7.5 mg, por via oral, uma hora antes do procedimento, como pré-anestésico.

No grupo 1, foi utilizada anestesia regional (raquimedular), que consiste na injeção de uma solução de 4 ml de bupivacaína 0,5% com agulhas descartáveis de punção lombar, no espaço subaracnóide no nível do terceiro espaço intervertebral lombar (Murphy, 1987).

No grupo 2, foi utilizada anestesia local (bloqueio de campo), através da injeção de solução anestésica composta de bupivacaína 0,5% e xilocaína 2%, na proporção de 2:1, em quantidade suficiente para produzir anestesia adequada ao procedimento e não superior a 60 ml, devido à potencial toxicidade (Caterall, 1996). No intuito de bloqueio dos nervos ílio-hipogástrico, genito-femoral e ilioinguinal, essa solução foi injetada em três pontos: 1cm medialmente à crista ilíaca ântero-superior, 1cm superiormente à sínfise púbica e na porção mediana do ligamento inguinal.

A técnica de Bassini foi empregada para correção da hérnia oblíqua externa e a de McVay para hérnia direta e mista.

Cada paciente foi avaliado individualmente em relação ao tempo de operação, desconforto e complicações no período transoperatório, tempo decorrido entre a operação e a deambulação, complicações no pós-operatório e tempo de internamento após a operação.

O desconforto trans-operatório foi avaliado através de uma escala visual analógica, que consiste em uma reta de 10 cm de comprimento sobre a qual o paciente indicava a intensidade da dor. Em seguida, essa escala foi dividida em quatro partes: 0, ausência de dor; de 1 a 3,3, desconforto leve; de 3,4 a 6,6, desconforto moderado, e de 6,7 a 10, desconforto intenso (Prado *et al.*, 1994).

Os pacientes recebiam diclofenaco sódico e dipirona para analgesia em pós-operatório, independente do procedimento operatório ou anestésico realizado.

Este trabalho foi devidamente analisado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá.

Resultados e discussão

Os pacientes eram na sua maioria do sexo masculino (93,7%), com idade média de 52 anos, peso médio de 70 quilogramas e altura média de 1,65 metro.

Todos os 32 pacientes apresentavam hérnias primárias unilaterais e foram operados eletivamente. A hérnia predominante foi a *indireta* (56,2%), seguida da *direta* (34,4%) e da *mista* (9,4%). Esses dados são próximos aos relatados por Amid *et al.*, (1996).

O tempo de operação registrado em minutos apresentou uma média de 102 na somatória dos dois grupos, sendo 100 minutos no grupo 1 e 103 minutos no grupo 2, demonstrando que não houve diferença significativa entre ambos.

No grupo 1, 14 pacientes (87,5%) não apresentaram desconforto durante a operação, 1 paciente apresentou desconforto leve (6,25%), 1 apresentou desconforto moderado (6,25%) e nenhum apresentou desconforto intenso.

No grupo 2, todos os pacientes referiram desconforto, sendo que 11 pacientes referiram desconforto leve (68,75%), 3 referiram desconforto moderado (18,75%) e 2 desconforto intenso (12,5%). Esses dados refletem que o método com anestesia local apresenta maior índice de desconforto transoperatório em relação ao grupo com anestesia regional. Embora esses dados não possam ser comparados com a literatura por não termos encontrado trabalho comparativo entre as duas técnicas anestésicas, Henriques *et al.*, (1997) encontraram resultados semelhantes de dor moderada e intensa em seu estudo com anestesia local.

Em relação às complicações no transoperatório, no grupo 1, um paciente (6,25%) apresentou hipotensão leve, sendo que, no grupo 2, ocorreram três casos de hipotensão leve e um caso de agitação (25%). Todos os casos foram devidamente controlados sem nenhuma repercussão clínica, e a diferença na incidência dessas complicações não atingiu significância estatística.

No período pós-operatório imediato, não foi observado nenhum caso de hematoma, infecção de parede, deiscência da sutura ou recidiva.

A única complicação pós-operatória observada foi a retenção urinária, apresentada por 37,5% (6) dos pacientes submetidos à raquianestesia contra uma incidência de 6,25% (1) naqueles submetidos a anestesia local. Dos seis pacientes do grupo 1 que apresentaram retenção urinária, quatro necessitaram de sondagem vesical, sendo que, no grupo 2, o único paciente com retenção não necessitou da sondagem vesical.

Esse importante benefício foi relatado por Finley *et al.* (1991), quando compararam a anestesia local com a raquimedular e a geral em 1080 herniorrafias inguinais, e obtiveram um índice de retenção urinária de 0,2% no grupo com anestesia local contra 13% no grupo com anestesia raquimedular e geral. Resultado equivalente ao de Amid *et al.* (1996), no Lichtenstein Hernia Institute de Los Angeles nos Estados Unidos, que apresentou uma casuística de 2953 operações para correção de hérnias inguinais bilaterais com anestesia local sem nenhum caso de retenção urinária.

A retenção urinária é um conhecido fator de risco para infecção, principalmente quando necessita sondagem vesical, e foi o fator que mais influenciou no retardo da alta hospitalar aos pacientes com anestesia regional.

A média do tempo decorrente entre o término da operação e a deambulação do paciente foi de 14,8 horas, no grupo 1, e de 7,5 horas no grupo 2 ($p=0,001$). O maior tempo de permanência no leito representa risco potencial de complicações tromboembólicas e certamente é motivo de desconforto aos pacientes submetidos à raquianestesia.

O tempo de internamento após a operação também foi maior no grupo 1 em relação ao grupo 2, apresentando uma média de 43 horas no grupo 1 contra 27 horas no grupo 2 ($p=0,027$). A diminuição no tempo de internamento propicia maior comodidade ao paciente, além de reduzir os custos com internamento hospitalar. A alta hospitalar era recomendada de acordo com o estado do paciente em relação ao conforto, não sendo realizado nenhum procedimento em regime ambulatorial neste projeto.

Concluimos que a anestesia local se mostrou superior em relação à anestesia regional, devido ao

menor índice de retenção urinária, ao menor tempo de permanência no leito após a operação e ao menor tempo de internamento, apesar de provocar maior desconforto transoperatório.

A melhor avaliação por entrevista com os pacientes em relação ao desconforto ocasionado pelo bloqueio raquimedular, no que se refere ao procedimento de punção, sensação do bloqueio e mesmo o desconforto pela retenção urinária que não foram estudado neste trabalho, bem como o acompanhamento a longo prazo para analisarmos possíveis ocorrências de recidivas e a possibilidade de herniorrafia em regime ambulatorial, deverão ser objetivos de estudos posteriores.

Referências bibliográficas

- Amid, P.K.; Shulman, A.G.; Lichtenstein, I.L. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia. *Ann. Surg.*, 223(3):249-52, 1996.
- Catterall, W.; MaCkie, K. Local anesthetics. In: Goodman; Gilman's The farmacological basis of therapeutics. 9. ed. New York : McGraw-Hill, 1996. p. 331-347.
- Ferreira, R.A.; Freitas, L.V.; Guarino, J.L.; Monteiro, M.C.P.; Leite, A.C.M.S. Hernioplastia inguinal sob anestesia local. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 19(6):255-259, 1992.
- Finley, R.K.; Miller, S.F.; Jones, L.M. Elimination of urinary retention following inguinal herniorrhaphy. *Ann. Surg.*, 57(8):486-488, 1991.
- Henriques, A.C.; Pezzolo, S.; Silva, G.G.; Speranzini, M.B. Herniorrafia inguinal sob anestesia local. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 24(6):405-408, 1997
- Kozol, R.A.; Mason, K.; McGee, K. Post-herniorrhaphy urinary retention: a randomized prospective study. *J. Surg. Res.*, 52(2):111-112, 1992.
- Morton, J.H. Hérnias da parede abdominal. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- Murphy, T.M. Bloqueios nervosos. In: Ronald D. Miller. *Tratado de anestesia*. São Paulo: Manole, 1989.
- Prado, E.; Herrera, M.F.; Lctayf, V. Inguinal herniorrhaphy under local anesthesia: a study of intraoperative tolerance. *Am. Surg.*, 60(8):617-619, 1994.
- Silva, N.C. Correção cirúrgica da hérnia inguinal pela técnica de Shouldice sob anestesia local. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*; 47(4):167-169, 1992.

Received on August 24, 1999.

Accepted on November 25, 1999.